

415

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Juin 1904, à 1 heure

PAR

H. HUZARD

Difficultés de Diagnostic

AU DÉBUT DE

LA PNEUMONIE INFANTILE

Président : M. HUTINEL, professeur,

*Juges : MM. TROISIER, DUPRÉ, agrégés.
MERY, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BEZANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin aux Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC

au début de la Pneumonie infantile

I. — HISTORIQUE

La pneumonie est une affection trop commune pour n'avoir pas été connue et étudiée dès la plus haute antiquité. Hippocrate en signalait déjà les principaux symptômes en même temps qu'il en fixait le traitement lorsqu'il écrivait : « Si la fièvre est aiguë, s'il y a douleur dans un côté de la poitrine, ou dans tous les deux, si le malade souffre pendant l'expiration, s'il tousse, si les crachats sont rouillés ou livides ou ténus, spumeux et d'un rouge de sang, il faut se comporter ainsi : la douleur s'étendant en haut vers la clavicule ou vers la mamelle et le bras, on ouvrira la veine interne du côté malade. »

Cependant le mot pneumonie fut appliqué pendant de longues années à toutes les affections de l'appareil respiratoire, et il fallut les premières dissections des médecins de la Renaissance pour la

distinguer de la pleurésie, avec laquelle elle était particulièrement confondue. Mais, cliniquement, la confusion persiste; et les symptômes de ces phlegmasies étaient le plus souvent réunis dans une seule description.

Ce fut Laënnec, le premier, qui par ses recherches cliniques et anatomo-pathologiques porta la lumière dans ce chaos et identifia la pneumonie avec ses trois stades désormais classiques, d'engouement, d'hépatisation et d'infiltration purulente. L'élan donné par ce maître ne devait pas se ralentir; le livre de Grisolle vint compléter ces premières données, et les plus grands cliniciens s'attachèrent à faire sortir la pneumonie des dernières obscurités qui l'enveloppaient. Wunderlich fit connaître l'évolution si particulière de la température : Andral, Chomel, Trousseau, Peter, insistèrent sur les formes diverses que revêt la pneumonie et qui seraient de nature à égarer le diagnostic. Enfin il était réservé à notre époque de confirmer toutes ces études cliniques par la découverte du germe spécifique : le pneumocoque de Talamon-Frænkel.

Au fur et à mesure cependant que la pneumonie était mieux connue on s'apercevait de la multiplicité des formes cliniques qu'elle revêt. Peu à peu on classa et on étudia la pneumonie des alcooliques, la pneumonie des diabétiques, celle qui complique la grippe, etc... En même temps qu'on étudiait la question du terrain, et les modifications que ce dernier apporte à l'évolution d'une pneumonie franche on s'intéressait

également aux formes si diverses qu'elle revêt suivant les différents âges de la vie. Les autopsies des vieillards montrèrent la fréquence à cet âge de la vie de la pneumonie latente, et d'autre part on sut démasquer sous les apparences d'accidents cérébraux graves les cas de pneumonie apoplectique.

Les médecins d'enfants étudièrent aussi la pneumonie chez ces derniers, et de bonne heure ils furent frappés des caractères si spéciaux qu'elle revêt chez eux. Rilliet et Barthez principalement mirent en lumière ce fait qui domine toute la pathologie de la pneumonie infantile : *l'apparition tardive des signes physiques* ; et ils furent les premiers à distinguer une forme de pneumonie cérébrale, qu'ils subdivisèrent en pneumonie éclamptique d'une part, en pneumonie méningée de l'autre. Dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, Cadet de Gassicourt reprit l'étude de cette pneumonie cérébrale en même temps qu'il esquissait celle d'un autre type clinique : la pneumonie à forme typhoïde. Frappé comme Rilliet et Barthez du retard d'apparition des signes physiques, il donnait une classification basée sur leur présence et distinguait : 1° Les pneumonies avec signes stéthoscopiques dès le début ; 2° Les pneumonies avec signes stéthoscopiques tardifs ; 3° Les pneumonies sans signes stéthoscopiques.

Ces dernières années ont vu naître de nombreuses publications ayant pour but d'étudier ces formes anormales de la pneumonie. M. Marfan dans une clinique parue dans la *Semaine médicale* du 24 jan-

vier 1900 insiste sur les difficultés de diagnostic qui en résultent. Aux formes typhoïde et méningée s'ajoutaient peu à peu de nouvelles variétés cliniques ; une des plus intéressantes parmi celles qui ont été isolées dans ces dernières années est celle où le point de côté a un siège nettement abdominal avec maximum dans la fosse iliaque droite, ce qui joint aux vomissements du début peut faire songer à une appendicite. En 1899 le Dr Parlier, auteur américain, étudiant les formes anormales de la pneumonie infantile, en distinguait ces différents types : 1° La pneumonie gastrique ; 2° La pneumonie cérébrale ; 3° La pneumonie à rechute ; 4° La pneumonie latente.

Parmi toutes ces formes il faut bien reconnaître que c'est la plus fréquente, la pneumonie à forme méningée, qui attire particulièrement l'attention et qui bénéficiera le plus des méthodes d'investigation modernes. Dans sa thèse de 1902 René Monod étudia les réactions méningées chez l'enfant par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; et il fit une large part aux réactions méningées survenant au cours des pneumonies et des broncho-pneumonies. Cette année même Rayer-Voisin dans sa thèse inaugurale reprenait la question en la complétant au point de vue plus spécial de l'état des méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire.

Ces travaux ont donc mis en évidence la fréquence des formes anormales de la pneumonie infantile et les erreurs de diagnostic auxquelles ces anomalies

peuvent prêter. Toutefois, et sauf les cas où la pneumonie poursuit son évolution sans aucun signe stéthoscopique, il est bien rare que vers le troisième, le quatrième jour, en se basant sur l'état de la température et en procédant par élimination on ne puisse déjà formuler un diagnostic certain. Il est loin d'en être de même pendant les premiers jours et le praticien appelé auprès d'un enfant qui commence une pneumonie restera sûrement perplexe : il songera à un début de fièvre éruptive ou de dothiéntérie ; il aura l'esprit éveillé par la crainte d'une appendicite, il redoutera une méningite, et ce n'est souvent que quelques jours plus tard que découvrant un souffle tubaire, parfois quelques râles crépitants en un point de la poitrine, qu'il pourra rassurer la famille en posant à la fois le diagnostic de pneumonie et le pronostic bénin qu'elle comporte presque toujours chez l'enfant.

Ces difficultés du diagnostic de la pneumonie infantile au début nous ont paru intéressantes à étudier. Un grand nombre d'observations recueillies dans le service de M. le Dr Guinon à l'hôpital Trousseau nous ont appris la fréquence remarquable des formes anormales de cette pneumonie. Aussi nous sommes-nous proposé comme sujet de notre thèse de mettre en relief ces variétés atypiques de la pneumonie infantile et les difficultés de diagnostic qui en résultent au début de l'affection. Notre étude essentiellement clinique se proposera d'étudier ces difficultés avec l'ambition de les résoudre et de montrer der-

rière un syndrome typhique, méningé, appendiculaire, etc., les symptômes essentiels qui doivent guider le praticien pour lui permettre de dépister une pneumonie infantile au début de son évolution.

Mais avant de pénétrer plus loin dans notre sujet nous considérons comme un devoir, bien doux à remplir à la vérité, d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres de l'école de Nantes et de la Faculté de Paris, dont nous pûmes apprécier, au cours de nos études, la bienveillance et le dévouement.

Nous tenons en outre à remercier M. le Dr Guinon, et son interne M. Bosc, qui ont bien voulu faciliter notre travail et nous aider à en réunir les éléments.

Enfin M. le professeur Hutinel a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il soit assuré de notre entière et respectueuse gratitude.

II. — PNEUMONIE INFANTILE

A TYPE ANORMAL

La pneumonie lobaire est d'une grande fréquence chez l'enfant de 3 à 6 ans : plus rare dans les deux premières années de la vie elle peut cependant se rencontrer chez le nourrisson (1).

Elle s'annonce brusquement ; que l'enfant soit véritablement terrassé en pleine santé ou qu'il ait présenté dans les jours précédents quelques phénomènes prodromiques ; tels que : malaise général, céphalée, embarras gastrique, bronchite légère. La température est très élevée (40°, 40°5, 41°). Le pouls vif et rapide atteint 130 à 150 : les vomissements sont presque constants.

Le frisson et le point de côté se voient surtout chez les enfants au-dessous de 5 ans ; chez les bébés le frisson est volontiers remplacé par des convulsions passagères, du délire, et le point de côté a une prédo-

1. L'opinion contraire a été soutenue par différents auteurs et particulièrement par Marfan.

De nombreux cas ont été rapportés pendant de pneumonies dans la première année, et nous-même avons pu en observer quelques-uns, avec la défervescence typique, à la crèche de l'hôpital Trousseau.

minance abdominale ou tout au moins se localise au rebord des fausses-côtes. Mais dès ce moment l'attention est attirée du côté de l'appareil respiratoire par l'anxiété du petit malade et la fréquence extrême de sa respiration qui atteint 50 à 60 par minute.

En résumé début brutal, par de la fièvre, un pouls très rapide, des vomissements et une dyspnée excessive ; les jours suivants le tableau clinique va se compléter.

Du côté de l'appareil respiratoire la dyspnée continue à être encore l'indice le plus précieux : la toux lorsqu'elle existe est courte, souvent pénible, parfois même quinteuse, mais le plus souvent elle fait défaut. Il en est de même de l'expectoration, qui ne se voit guère que chez les enfants au-dessus de 10 à 12 ans et qui présente alors les mêmes caractères pathognomoniques que chez l'adulte. Le point de côté lui aussi est peu fréquent et en tout cas peu intense. Mais ce qui domine tout le tableau clinique, ce qui attire immédiatement l'attention, c'est l'intensité de la dyspnée ; intensité d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. Son visage est vultueux, les yeux brillants, les pommettes rouges, et il y a parfois prédominance de coloration du côté atteint. Les ailes du nez sont animées de battements rapides, les mouvements respiratoires atteignent le chiffre de 40 à 80 par minute, ils affectent souvent un type abdominal très marqué, et suivant l'expression classique « l'enfant pousse du ventre » ; chez les tout petits l'expiration est bruyante, poussée, gémissante.

La recherche des signes physiques permet de compléter ces premiers renseignements, encore qu'ils n'apparaissent le plus souvent que vers le troisième et le quatrième jour. L'indocilité des enfants se prête mal à la recherche des vibrations thoraciques ; mais la percussion de la poitrine peut révéler en un point une submatité plus ou moins prononcée et qui trahit la présence d'un bloc pneumonique sous-jacent : ce bloc pneumonique donnera également du skodisme en avant sous la clavicule. L'auscultation renseigne d'une façon définitive lorsqu'elle permet d'entendre le souffle tubaire avec retentissement de la voix et de la toux : ce souffle tubaire d'abord expiratoire, siège ensuite aux deux temps. Il faut savoir que dans les cas de pneumonie centrale il peut être léger et voilé comme celui de la pleurésie, parfois, mais non toujours, ce souffle se complètera par une bouffée de râles crépitants fins ; bien que le plus souvent on trouve des râles plus gros et plus humides.

Les jours suivants la fièvre se maintient avec la même intensité ; souvent le début d'un herpès vient mettre l'estampille pneumonique au pourtour des lèvres. La langue est humide mais saburrale et cet enduit pultacé se retrouve sur les gencives. L'appétit est nul la soif est vive, et le plus souvent la constipation opiniâtre. Les urines sont rares, colorées, avec un dépôt abondant d'urates et de phosphates ; la présence d'albumine y est exceptionnelle. La peau présente assez souvent des sudamina.

Il est rare que le système nerveux ne réagisse pas

nettement au cours d'une pneumonie infantile, tantôt par du délire nocturne, de l'insomnie, de la céphalée, du signe de Kernig, tantôt, et cela se voit surtout chez les tout jeunes enfants, par une prostration et une somnolence anormales.

Cet état persiste encore quelques jours : et du sixième au neuvième, plus fréquemment au septième jour, se produit le coup de théâtre de la défervescence. La température (1) qui la veille encore atteignait 40, 40,5, tombe à 37 : le pouls suit la chute thermique et ne compte plus que 50 à 60 par minute (2). La dyspnée cesse et l'enfant sort de son abattement pour entrer en convalescence.

1. Il est des cas toutefois où la défervescence est lente et graduelle en lysis.

2. Ce ralentissement du pouls s'accompagne habituellement d'arythmie en même temps qu'il devient d'une faiblesse et d'une petitesse extrême qui semblent traduire des troubles de l'innervation cardiaque. Ch. Paumelle, thèse de Paris, 1896.

III. — PNEUMONIE INFANTILE

A TYPE ANORMAL

Les anomalies de la pneumonie infantile sont sous la dépendance de deux grandes lois dont la connaissance est indispensable pour élucider un diagnostic trop souvent difficile. La première est basée sur l'apparition tardive des signes physiques au cours des pneumonies infantiles. Ce n'est d'ordinaire que vers le troisième ou quatrième jour que ces signes deviennent perceptibles ; mais souvent aussi c'est plus tardivement encore qu'ils se montrent ; la veille ou l'avant-veille de la défervescence. Il peut même y avoir absence complète de ces signes physiques, et c'est uniquement l'aspect du malade, la courbe typique de la température qui feront faire un diagnostic le plus souvent rétrospectif (1).

1. Un garçon de 10 ans est pris dans la soirée du 5 avril 1876 d'un point de côté violent à gauche avec frisson et fièvre. Il entre le lendemain à l'hôpital avec une température de 40°5. Le 7 à la visite du matin je constate la persistance du point de côté, une légère dyspnée avec battement des ailes du nez, un peu de toux, pas de crachats, la percussion et l'auscultation pratiquées avec le plus grand soin ne donnent aucun renseignement. Le quatrième jour de la maladie (8 avril) se passe comme le précédent : mais dans la soirée

La seconde loi qui préside aux anomalies des pneumonies infantiles a trait à la façon toute particulière dont l'enfant réagit vis-à-vis des infections : la fréquence des vomissements, l'apparition d'éruptions et de rashes variés et surtout l'excitabilité toute particulière d'un système nerveux qui ne demande que les occasions d'entrer en scène.

En présence de ces deux données essentielles nous pouvons maintenant aborder avec fruit l'étude des variétés atypiques de la pneumonie.

Tout d'abord nous devons signaler, rapidement, pour les cliniciens, ces cas où le début résume pour ainsi dire toute l'affection, puisque la défervescence apparaît dès le deuxième ou le troisième jour. C'est là ce qu'on a appelé la pneumonie abortive, la pneu-

l'agitation augmente et la température s'élève à 40°6 : délire de paroles pendant la nuit. Aussi le 9 au matin je cherche avec le plus grand soin quelque signe physique, mais la sonorité reste toujours normale et la respiration toujours pure. La nuit est calme et le 10 avril la température tombe à 37°1 faisant une chute de 3 degrés nous étions à la fin du cinquième jour ou au commencement du sixième. En même temps la dyspnée cesse. Le point de côté, la toux diminuent. La gaieté renaît, l'appétit se réveille. Quelques jours plus tard l'enfant quittait l'hôpital. Quel pouvait être le diagnostic ? Evidemment l'hésitation n'était permise qu'entre une congestion simple et une pneumonie franche l'une et l'autre centrales. Pour moi la durée de la maladie tranchait absolument la question. Je n'ai jamais vu de congestion simple durant cinq jours pleins avec une température oscillant autour de 40°. Or, quand nous avons tous les symptômes généraux de la pneumonie, je dis tous sans exceptions et que les signes physiques font seuls défaut : pourquoi hésiter à la reconnaître (Cadet de Gassicourt).

monie rudimentaire, forme comparable à la congestion pulmonaire type Woillez, et qui a été étudiée en particulier par d'Espiné (1). Elle se manifeste avec prédilection dans les trois premières années et se localise de préférence au sommet : elle s'annonce aussi dramatiquement que la pneumonie ordinaire, par une élévation de température qui atteint 40° , des vomissements, des convulsions, de la dyspnée et se révèle souvent, mais non toujours (car les signes physiques peuvent manquer complètement), par de la matité et du souffle dans l'une des fosses sus-épineuses. Puis brusquement l'affection tourne court, la température tombe à 37° et l'enfant entre en convalescence. Cette forme qui se caractérise par sa bénignité absolue pourrait se voir également chez les enfants malingres, débilités par une maladie antérieure (2), et serait propre aux hôpitaux d'enfants.

1. Concetti. *La Pediatria*, mai 1899, a rapporté un certain nombre d'observations de ces pneumonies abortives n'ayant duré que 12 à 48 heures, et qui sont parfois suivies d'une rechute dans l'intervalle de quelques heures à quelques jours.

2. P. Blasi. Congrès de Rome. 1894. Comby citant les 28 cas observés par cet auteur dit qu'il s'agit d'enfants délicats, faibles, épuisés par une maladie antérieure, éprouvés par l'air vicié des salles, par le décubitus prolongé. La maladie est souvent latente et simule la tuberculose. La fièvre est modérée, 38, 38, 5, la toux absente ou insignifiante, la dyspnée peu marquée : on note un peu de diarrhée, l'œdème de la face et des extrémités sans albuminurie. La température qui peut tomber au-dessous de la normale dans le cours de la maladie s'élève à la fin. L'autopsie montre une hépatisation lobaire étendue, bilatérale neuf fois sur 28 cas.

Le pronostic en est très grave et rappelle celui de la pneumonie des vieillards, des diabétiques, dont cette forme a les allures silencieuses.

Mais ces cas de pneumonie abortive ne prêtent pas longtemps à confusion puisque dès le deuxième ou troisième jour la défervescence brusque caractéristique se produit, et que parfois des signes physiques ont apparu dès le premier ou le deuxième jour.

Notre travail aura plutôt pour objet ces cas où la pneumonie évolue dans ses limites de temps normal, mais où les signes physiques restent longtemps obscurs laissant le champ libre aux symptômes fonctionnels. Il est bien rare alors qu'un de ceux-ci ne frappe pas particulièrement l'attention de par son intensité ou par son importance, risquant ainsi d'entraîner le diagnostic dans une voie fausse.

Nous distinguerons les modalités suivantes parmi ces débuts à formes anormales nous réservant d'étudier plus particulièrement la dernière, la pneumonie simulant la méningite :

- 1° Début par des symptômes d'angine ;
- 2° Début par des symptômes de fièvre éruptive ;
- 3° Début par des symptômes d'embarras gastrique et de grippe ;
- 4° Début par des symptômes d'appendicite ;
- 5° Début par des symptômes de fièvre typhoïde ;
- 6° Début par des symptômes de méningite.

1° *Début par angine.* — Ce sont des cas assez rares où une angine accapare toute l'attention. Le petit malade, pris brusquement de malaise général,

avale difficilement et présente des vomissements. Il a une température très élevée, le pouls rapide, le facies congestionné. On examine la gorge, ainsi qu'on doit toujours le faire chez un enfant malade, et on constate un érythème diffus du voile et de la luette avec des amygdales rouges et saillantes. Sur ce fond érythémateux se détachent parfois de véritables fausses-membranes ; parfois aussi on découvre des vésicules dont la rupture a donné lieu à un léger exsudat : c'est là l'angine herpétique qui, coïncidant fréquemment avec un herpès labial, doit particulièrement attirer l'attention du côté de la poitrine. Mais le plus souvent il ne s'agit que d'une angine à forme pultacée plus ou moins confluyente.

Si l'on se contente de cet examen on porte le diagnostic d'angine aiguë. L'examen bactériologique ne révèle dans lesensemencements que des cocci parmi lesquels on a pu parfois isoler le pneumocoque (1), ce qui, joint à l'élévation de la température, rassure le médecin sur la possibilité d'une diphtérie. Aussi se contente-t-on du diagnostic d'angine et d'un traitement approprié, lorsque vers le troi-

1. Comby rapporte deux cas de ces angines pseudo-membraneuses à pneumocoques. Jaccoud leur a attribué quelques signes spéciaux : élévation de la fièvre, le début brusque, la rapidité de l'évolution, la netteté et l'éclat des membranes. Rendu avait également attribué un rôle prépondérant à certaines formes d'angines érythémateuses à début brusque, à température élevée, qui accompagnent la pneumonie, la précèdent ou se montrent à l'état isolé.

sième ou quatrième jour, parfois même plus tard, l'apparition d'un souffle tubaire et de quelques râles sous-crépitants en un point de la poitrine, suivibientôt d'une défervescence brusque, vient démontrer que l'angine n'était qu'un symptôme accessoire et qu'on se trouvait en réalité en présence d'une pneumonie. Notre observation XII est un beau type de ce genre.

2^a *Début simulant une fièvre éruptive.* — En quelques cas rares, il existe au début de la pneumonie un érythème plus ou moins étendu, parfois généralisé, et qu'on a décoré du nom de rash pneumonique (Cadet de Gassicourt). Il n'a cependant rien de spécial à la pneumonie, et il n'y a guère de maladie aiguë chez l'enfant qui ne puisse présenter de rash.

Ces rash sont presque toujours scarlatiniformes (1), rarement morbilleux, et l'on conçoit facilement que la confusion avec un début de scarlatine soit possible, puisqu'il y a en même temps une température très élevée, presque toujours des vomissements, parfois une angine. Mais ce sont là des cas exceptionnels et sur lesquels nous n'insisterons pas davantage.

1. L'un de nous fut appelé en consultation par un observateur inattentif, mais par un très habile médecin, pour voir un enfant qui, disait-on, était atteint de scarlatine. La rougeur de la peau était si vive que, si nous n'eussions pas été prévenu de la possibilité d'une erreur, nous l'aurions commise comme notre confrère ; mais l'auscultation leva tous les doutes et la vive injection de la peau qui n'était accompagnée d'aucun des symptômes locaux ou généraux de la scarlatine disparut au bout de quelques jours (Rilliet et Barthez).

3° *Début simulant l'embarras gastrique et la grippe.* — Parfois les troubles gastriques qui accompagnent habituellement le début de la pneumonie sont tellement accentués qu'ils masquent cette dernière pendant les premiers jours. En voici deux observations rapportées par le Dr Lowet-Morse (1).

1° Garçon de huit ans opéré le 10 avril 1899 pour une double mastoïdite. Le 22 avril léger frisson, hyperthermie (41°), céphalée, langue rosée, ventre tympanisé et douloureux, constipation, polyurie.

Pendant la nuit vomissements et le lendemain matin garde-robe. Ventre très distendu et partout sensible avec maximum à droite. Rien à l'auscultation jusqu'au 27 (6^e jour). Avec une toux pénible on trouve les signes d'une hépatisation du lobe inférieur et du lobe moyen droits. Les symptômes abdominaux disparaissent. Défervescence le 1^{er} mai (10^e jour).

2° Fille de trois ans, est prise soudainement dans la nuit du 18 mai 1899 de fièvre et douleur de ventre. La mère pense à une indigestion de pommes de terre et donne de l'huile de ricin. La nuit suivante vomissements. La douleur de ventre continue. Pas de toux. Près de 40°, Pouls rapide. Rien à l'auscultation. Stigmates de rachitisme. On fait le diagnostic d'indigestion et on prescrit le calomel. Le 22 mai (4^e jour) toux vive. Plus de douleur de ventre ni constipation. La température dépasse 41°, la respiration 70,

1. *Annals of Gyn. and. Pediatrics* 1899.

et on trouve une hépatisation du lobe inférieur gauche.

C'est lorsque ces symptômes sont aussi manifestes et qu'on ne leur trouve pas une explication rigoureuse qu'on invoque volontiers la grippe. Il est certain qu'il existe des gripes à température élevée, 39°-39°5 dès le début, et que d'autre part il y a des pneumonies qui n'ont pas d'emblée, 40° et qui peuvent présenter pendant les premiers jours de faibles rémissions. On se trouve en présence d'un enfant souffrant depuis peu de jours, il est, raconte-t-on, maussade, affaibli, il ne mange pas, il est agité la nuit ; il a de la céphalée, des vomissements, de la constipation, quelquefois de la diarrhée. En somme il se plaint de partout ; sa peau est chaude, et on ne constate aucun symptôme anormal à l'examen de la poitrine. Le médecin a une tendance naturelle à rejeter tous ces signes sur un embarras gastrique, sur une grippe, mots commodes et qui trop souvent ne servent qu'à dissimuler l'hésitation de son diagnostic. Il faut donc se défier chez l'enfant de ces états fébriles mal déterminés et toujours songer en pareil cas à une pneumonie possible.

3^e *Début simulant l'appendicite* (1). — Les multiples études qu'a suscitées l'appendicite ont permis d'isoler dans ces dernières années une nouvelle variété de pneumonies atypiques : la pneumonie simulant l'appendicite. Nous avons vu déjà le siège habituel du point de côté pneumonique chez l'enfant qui est sous-costal, dans la région de l'hypochondre. Ce point de

côté peut être plus inférieur et devenir finalement abdominal. Dans le cas où il siège à droite (1) le complexe symptomatique est alors le suivant : début brusque par vomissements et fièvre à 39°5, 40°. Douleur au point de Mac Burney, langue saburrale et sèche, constipation. En présence de ce syndrome, quel médecin appelé auprès d'un enfant ne songera pas immédiatement à un début d'appendicite ? Et s'il ne trouve aucun signe physique à l'examen du thorax, s'il attribue la dyspnée à la douleur abdominale, ne se croira-t-il pas autorisé en certains cas à conseiller une opération précoce ? Ce sont, en effet, des opérations intempestives qui ont permis d'étudier cette forme spéciale de la pneumonie infantile. En voici un exemple bien net rapporté par le Dr Palier (2).

Un garçon de six ans, ayant souffert d'indigestion il y a dix jours, est pris le 15 février 1897, au soir, de frissons ayant duré une demi-heure. Le 16, face congestionnée, conjonctives rouges, délire 41°, pouls 140. Constipation. Aucun signe physique de pneumonie. Le troisième jour, l'enfant, étendu sur le dos, se plaint de son ventre, la constipation persiste, plaque de congestion à la joue gauche, 40°, pouls 130. Submatité et rudesse à droite, en arrière, au-dessous de l'omoplate, tympanisme épigastrique avec douleur à la

1. Toutes les statistiques (Rilliet et Barthez, Hénoc, Comby) s'accordent à reconnaître la fréquence plus grande de la pneumonie infantile à droite.

2. D. E. Palier. *The New-York medical Journal*.

pression. Le 18, la constipation persiste, malgré le calomel, douleurs abdominales toujours vives. Mêmes signes physiques. Un médecin appelé en consultation fit le diagnostic de péritonite due probablement à une appendicite et conseille l'opération immédiate. L'opération est faite, on trouve l'appendice sain, le péritoine intact. Mort douze heures après. Autopsie : pneumonie compliquée d'empyème, rien dans le ventre (1).

On voit par cette observation toute l'importance clinique de cette forme anormale (2).

On en retiendra ce principe absolu, c'est qu'en présence d'un point de côté abdominal chez l'enfant, il faut toujours ausculter avec grand soin et parfois plusieurs jours de suite, le poumon correspondant, si l'on désire s'éviter des méprises toujours humilantes et parfois désastreuses.

1. Voici une autre observation de ces pseudo-appendicites : Garçon de 7 ans, va à l'école le 23 janvier 1893 en bonne santé, reçoit un coup dans le ventre en jouant et peu après commence à avoir des nausées et à vomir pendant 24 heures. Le lendemain il se plaint du ventre, constipation. Pas de toux ni d'angine. Le 26 janvier on trouve la douleur plus marquée dans la région iliaque droite avec un peu de matité. Température élevée. Pouls et respiration accélérées. Toux. Rien à l'auscultation. On pense à l'appendicite. Le 27, matité, souffle et râles crépitants au lobe inférieur droit. Le 31 défervescence. Il s'agissait donc d'une pneumonie avec symptômes abdominaux réflexes (Lowett-Morse).

2. Le Dr Richardson (*Boston medical Journal*, 1902) a vu deux garçons de six ans et quatre ans atteints de pneumonie droite avec symptômes rappelant l'appendicite. Tous deux furent opérés, l'appendice étant sain.

5° *Début simulant une fièvre typhoïde.* — C'est une forme assez fréquente qui a été mise en lumière depuis longtemps (1) et qu'il importe de bien connaître, afin de pouvoir rassurer de bonne heure une

1. En voici un cas typique rapporté par Cadet de Gassicourt. « Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans 1/2 qui, le 31 mai 1877, est pris brusquement, à 10 heures du matin, d'un frisson violent. Tout autre renseignement nous manque. Il entre le lendemain soir à l'hôpital, 1^{er} juin, abattu et agité, délire de parole toute la nuit. Le 2 juin au matin je le trouve dans un état de prostration très grand; il se plaint de douleurs de tête et dit avoir eu une légère épistaxis la veille. La langue est un peu sèche, les gencives couvertes d'un léger enduit pultacé; le ventre est plutôt plat, mais un peu douloureux. Deux selles liquides. Rate cinq centimètres. Respiration calme, régulière, 30 par minute; pas de dyspnée, rien à l'auscultation ni à la percussion. Journée assez calme; deux selles liquides, le soir et la nuit délire de paroles. Le 3 juin même état. La percussion et l'auscultation ne donnent rien. Dans la journée l'abattement augmente un peu. Trois selles liquides. Pas de délire la nuit. Le 4, la langue est toujours blanche, le ventre légèrement ballonné, la respiration calme, Rien à l'auscultation. Deux selles liquides. Dans la nuit du 4 au 5, un peu de délire de paroles. Le matin du 5, la parole est brève, la céphalée est toujours assez prononcée, le ventre un peu tendu, le pouls légèrement dicrote, la respiration calme, 24 par minute. Rien à l'auscultation. Seulement l'enfant se plaint, pour la première fois, d'une douleur siégeant au niveau de la région splénique et descendant même vers la fosse iliaque gauche. Enfin le 6 juin, septième jour, je trouve de la submatité dans la moitié inférieure gauche de la poitrine, en arrière, avec un souffle très doux mêlé de quelques râles sous-crépitaux. Dès le lendemain la défervescence se faisait sans que la durée de la maladie ait été en rien modifiée par cette marche insolite.

famille inquiétée à juste titre par les premiers signes d'une dothiéntérie. Un enfant, jusque-là bien portant, présente de la somnolence, de l'abattement, une courbature généralisée. Il a la langue sale, les lèvres couvertes de fuliginosités ; il frissonne, a de l'insomnie, un peu de délire nocturne, de la céphalée, des vomissements, des douleurs abdominales avec diarrhée. La température monte à 39° et plus ; on ausculte l'enfant et l'on ne découvre que quelques sibilances disséminées dans les deux poumons : quoi de plus naturel que de songer à un début de fièvre typhoïde ? Assurément ce début a été bien brusque, sans phase prémonitoire, sans ascension progressive de la température initiale : mais le début brusque dans la dothiéntérie infantile n'est-il pas assez fréquent pour avoir mérité d'être donné comme une des particularités caractéristiques de la fièvre typhoïde à cet âge. Assurément la rate n'est pas hypertrophiée, mais elle ne l'est pas toujours non plus dans les premiers jours d'une dothiéntérie. Et les typhoïdes pures peuvent donner comme les pneumonies un facies angoissé, une dyspnée marquée ; aussi est-ce bien plutôt en faveur de la fièvre typhoïde qu'un médecin non prévenu aiguillera son diagnostic. Il s'entêtera à chercher l'apparition des taches rosées ; lorsque le sixième, septième jour, un souffle et quelques râles crépitants survenus en un point de la poitrine, très souvent au sommet droit, lui révéleront la véritable nature de l'affection. C'est dans ces cas particulièrement que la défervescence

se fait en lysis, créant ainsi une nouvelle cause d'erreur; et l'on ne manque jamais, durant les quelques jours qui marquent cette descente prolongée de s'acharner à interroger un séro-diagnostic qui reste négatif. On n'oubliera pas cependant que chez l'enfant comme chez l'adulte, la fièvre typhoïde peut débiter par une pneumonie franche en apparence, le pneumo-typhus.

6° *Début simulant une méningite.* — Nous réunirons, sous ce même paragraphe, ce que les anciens appelaient les pneumonies cérébrales et qu'ils divisaient en forme éclamptique et forme méningée. Il est bien certain que les convulsions peuvent prédominer au début d'une pneumonie, surtout chez les très jeunes enfants, où comme nous l'avons vu, elles remplacent souvent le frisson initial (1). Elles peu-

1. Un enfant de 2 ans 1/2 entre à l'hôpital le 14 mars 1876. Il a eu des convulsions à l'âge de six mois pendant le travail de la dentition, la rougeole à neuf mois, et le début a été marqué par une attaque d'éclampsie. Le 8 mars, six jours avant son entrée dans la salle, il est pris brusquement en pleine santé d'attaques éclamptiques avec grimacement de la face, convulsions des globes oculaires et des quatre membres. Les lèvres se couvrent d'une écume sanguinolente. Pendant les attaques, et quelques minutes encore après leur disparition, la face devient turgescence et violacée. Ces convulsions se répétèrent un grand nombre de fois pendant les 24 heures. Il nous est impossible d'en savoir le nombre. La mère nous dit qu'elles étaient assez rapprochées pour ne pas permettre à l'enfant de reprendre connaissance et que pendant leur intervalle, il portait constamment les mains à sa tête. Ce sont là les seuls renseignements qui nous

vent également se montrer au cours d'une pneumonie et n'apparaître que tardivement (1). Mais ces cas sont l'exception, ils se voient surtout chez les enfants au-dessous de deux ans à un âge où les convulsions

sont donnés à son entrée. La sœur du service fit remarquer que le corps tout entier, excepté la face, est couvert d'une rougeur vive, uniforme, d'apparence chagrinée et qui a l'aspect de la scarlatine. Le soir à 4 heures cette rougeur avait disparu. La gorge examinée à la visite du soir était saine. Dans la journée l'enfant est grognon, criard, somnolent, la nuit est très agitée. Le 15 au matin, septième jour de la maladie, il est plus calme, mais toujours abattu et engourdi : les yeux sont fermés, les pupilles égales, la tête renversée en arrière sans raideur du cou, les mains agitées d'un léger tremblement, le ventre souple et normal : une selle liquide. Pouls régulier, très rapide, 132, température 40. Malgré cette réunion de symptômes insolites je n'hésitai pas longtemps sur le diagnostic. Les convulsions violentes du début écartaient toute idée de méningite tuberculeuse : leur disparition rapide ne permettait pas de croire à une méningite franche. Aucune autre fièvre éruptive ne pouvait être mise en cause que la scarlatine, et l'éruption constatée la veille prêtait en effet à confusion, mais l'évolution de cet exanthème et l'absence d'angine jugèrent la question. D'ailleurs l'élévation persistante de la température prouvait que nous avions affaire à une maladie qui en était encore à la période d'état. En examinant le malade de plus près, je remarque alors qu'il a un peu de dyspnée et que les ailes du nez battent légèrement. Il tousse un peu, mais ne crache pas. La percussion pratiquée immédiatement me donne une matité presque absolue à gauche, en avant, dans toute la hauteur, et l'auscultation un souffle rude tubaire, un retentissement mais sans râles. Dans la fosse sus-épineuse du même côté, submatité et respiration un peu rude. La pneumonie était évidente et les symptômes particuliers qu'elle présentait la classaient

presque toujours symptomatiques, incitent le médecin à chercher leur cause dans les troubles de l'appareil digestif, ou de l'appareil respiratoire. Nous aurons plutôt en vue ces cas de pneumonie qui débu-

parmi les pneumonies éclamptiques. Pendant les deux jours suivants les symptômes restent à peu près stationnaires, la somnolence persiste, les avant-bras et les mains sont agités d'un tremblement constant, et chaque fois qu'on dérange le petit malade il a de brusques sursauts accompagnés de plaintes. Les yeux sont fermés, les paupières soulevées retombent aussitôt, les pupilles sont égales. Pas de strabisme... Le 18 mars, dixième jour de la maladie, après une nuit pendant laquelle tous les symptômes précédents avaient persisté, je trouve à la visite du matin l'enfant plus éveillé ; les yeux sont ouverts, il semble faire attention aux personnes qui l'entourent, le tremblement des extrémités a cessé, les signes physiques se sont atténués et la température a fait une chute de 3°5. Quelques jours plus tard tout signe stéthoscopique avait disparu et l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri le 27 mars (Cadet de Gassicourt).

1. Rilliet et Barthez ont décrit cette forme : « L'éclampsie accompagnée ou précédée de fièvre marque le début. D'autre fois l'assoupissement et la fièvre sont les premiers symptômes, et les convulsions ne se montrent qu'à une période plus éloignée du quatrième au sixième jour, quelquefois même elles sont terminales. Elles sont tantôt générales, épileptiformes, tantôt partielles. Dans ce dernier cas on n'observe que quelques mouvements saccadés des extrémités supérieures accompagnés de carphologie. Quand les convulsions sont épileptiformes et générales les attaques sont peu nombreuses. Elles peuvent se répéter un grand nombre de fois dans le jour si elles sont partielles. Après la disparition des convulsions générales, dans le cas où elles ont eu lieu au début, l'enfant reprend toute sa connaissance, cependant il conserve encore quelquefois dans son facies quelque chose

tent par un syndrome méningé, céphalée, constipation, vomissements, raideur de la nuque: signe de Kernig, raie vaso-motrice, attitude en chien de fusil, complexe symptomatique qui est parfois d'une telle netteté, qu'un médecin non prévenu, porte toujours en pareil cas le diagnostic de méningite.

Tous les degrés peuvent s'observer dans ces cas souvent fort embarrassants. La pneumonie, en effet peut retentir de diverses façons sur les méninges, depuis la simple irritation, jusqu'à l'inflammation vraie, et comme l'a dit M. le professeur Hutinel: « L'exsudation séreuse, l'infection et la réaction fonctionnelle des centres nerveux, s'associent et combinent leurs effets dans presque tous les cas, et il est bien difficile en clinique de faire la part qui revient à chaque élément ».

Essayons toutefois, pour éclaircir un peu cette question de distinguer plusieurs cas cliniques. Dans un premier ordre de faits, le médecin peut se trouver en présence de ces cas, dans lesquels, au milieu d'un cortège infectieux, il y a le minimum de symptômes méningés et qui par certains côtés sont comparables à ces cas de méningites aiguës cérébrales bénignes où l'on observe peu de manifestations méningées. Un enfant est pris brusquement de fièvre, céphalée vive,

de cérébral. L'œil est fixe, les mouvements sont saccadés, il y a de la tendance à l'assoupissement. Si les convulsions surviennent dans le cours de la maladie, et surtout à la fin elles sont suivies de raideur des membres, de contractures, d'assoupissement et même de coma.

vomissements, avec parfois des convulsions et du délire nocturne. On examine le petit malade ; il est couché en chien de fusil, poussant des cris dès qu'on le touche. Veut-on fléchir la tête, on sent une raideur marquée des muscles de la nuque qui s'opposent à ce mouvement de flexion. Les membres inférieurs et quelquefois les supérieurs présentent, de même, une certaine résistance aux mouvements de flexion et d'extension. Le signe de Kernig existe et sa recherche arrache des plaintes au malade.

Cet ensemble de symptômes attire l'attention du médecin du côté des méninges, il porte souvent un pronostic sombre ; il cherche les jours suivants à contrôler son diagnostic en cherchant à dépister l'inégalité pupillaire, les paralysies, etc., lorsqu'il est tout surpris de constater au contraire la régression progressive (1) des symptômes méningés, s'il aus-

1. Cette disparition des signes méningés vers le quatrième, cinquième ou sixième jour, quand les signes physiques de la pneumonie apparaissent, est la règle. Mais cette règle comporte des exceptions, et les symptômes méningés peuvent dans quelques cas persister pendant toute la durée de la pneumonie et même lui survivre quelque jours. En voici une observation recueillie dans le service de M. le Dr Guignon. Pr. Charles, 4 ans, entre le 4 mars 1902 dans le service du Dr Guignon à l'hôpital Trousseau. Température 40°. Pouls 144. Respiration 64 à la minute. Enfant grognon, poussant des cris dès qu'on le touche. Raideur de la nuque. Kernig. Hyperesthésie cutanée très vive. Raie vaso-motrice. Constipation. A l'auscultation pneumonie du sommet droit. Ces signes persistèrent avec une telle intensité que le 7 mars on pratiqua une ponction lombaire qui fournit les résultats suivants : liquide absolument limpide ; une centrifugation prolongée

culte avec soin son malade, il est non moins surpris d'assister à l'éclosion d'un foyer de pneumonie, qui, resté silencieux pendant les quatre à cinq premiers jours, parce qu'il était central, a fini par gagner la périphérie du poumon.

Dans un second type clinique, nous prendrons pour exemple une pneumonie présentant au début, un complexe méningé plus complet. Cet enfant a été pris de céphalée, de vomissements et de convulsions, mais ces convulsions ont été plus tenaces, plus répétées que celles qui accompagnent fréquemment le début d'une pneumonie ordinaire, et surtout même, elles ont une tendance à se limiter à une moitié du corps, ce qui semblerait indiquer une lésion méningée localisée. La raideur de la nuque, le Kernig, sont évidents, mais de plus la sensibilité générale et spéciale est altérée ; il y a de l'hypéresthésie cutanée et musculaire, et même des douleurs spontanées à la nuque, au rachis, aux globes oculaires ; on trouve de l'anal-gésie et de l'anesthésie. L'enfant est très souvent plongé dans une somnolence invincible. Il est indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il a même quelquefois des parésies plus ou moins marquées, soit aux membres, soit à la face. Il mâchonne, il geint continuellement, ou bien pousse par moment des

gée pendant 25 minutes ne produit pas de culot. Sur préparations colorées à l'hématoxyline et à l'éosine aucun élément figuré. La défervescence se fit le 3 mars ; les symptômes méningés allèrent en s'atténuant ; l'enfant quitte l'hôpital complètement guéri le 14 mars.

cris plaintifs. Les troubles oculaires sont fréquents . on constate du strabisme, de l'inégalité pupillaire, du ptosis, quelquefois du nystagmus ; et l'examen du fond de l'œil peut permettre de déceler de la stase papillaire. La circulation et la respiration présentent des altérations de la plus haute importance. Le pouls est petit, irrégulier, assez lent, la respiration souvent du type costal présente des irrégularités dans son rythme : elle est superficielle, puis profonde, rapide, puis ralentie, ou bien des pauses surviennent au milieu de respirations courtes et saccadées. Accessoirement des phénomènes vaso-moteurs peuvent être signalés : raie vaso-motrice, rougeurs, état cyanotique. Tel est le type extrême, le moins fréquent d'ailleurs, des réactions méningées dans la pneumonie ; il indique une infection plus profonde de l'organisme, comporte un pronostic un peu plus réservé et ne peut guère, pendant les premiers jours au moins, être différencié d'une méningite aiguë que par la ponction lombaire.

Il importe beaucoup, on le voit par ces exemples, de connaître la facilité avec laquelle la pneumonie provoque des symptômes méningés, qui dans les cas les plus habituels, sont de moyenne intensité, mais qui peuvent aussi exceptionnellement occuper la première place et être d'une intensité telle que l'erreur est presque impossible à éviter, en dehors de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur cette question et à compléter l'étude de ces manifestations méningées lorsque nous nous occuperons du diagnostic.

IV. — PATHOGÉNIE

Si la pneumonie présente chez l'enfant la même étiologie et les mêmes lésions anatomiques que chez l'adulte, il s'en faut de beaucoup, que son évolution clinique soit semblable. A quoi tient donc la fréquence de ces formes anormales ?

Et pourquoi la pneumonie infantile ne prête-t-elle plus chez l'enfant à la même description que chez la personne adulte ? Il nous semble que nous pouvons attribuer à cette particularité deux sortes de causes : les unes d'ordre local, les autres d'ordre général. Parmi les premières, nous signalerons l'apparition souvent très tardive des signes physiques, souffle tubaire et râles crépitants. Comme on le verra au cours de nos observations, il est fréquent de ne constater ceux-ci qu'au bout de quatre à cinq jours ; parfois seulement la veille ou le jour de la défervescence, parfois même le lendemain ; ce qui joint à la chute brusque de la température permet de faire, en certains cas, un diagnostic rétrospectif. Mais cette apparition tardive des signes physiques est due elle-même à ce que la pneumonie débute ordinairement par les parties centrales du poumon et ne devient superficielle que dans la suite fréquem-

ment après le quatrième jour, ce n'est que quand la lésion atteint la couche corticale du poumon qu'elle se trahit par des râles crépitants et le souffle. Il y a même des cas ; nous l'avons vu, où la pneumonie reste centrale pendant toute sa durée, où elle évolue par conséquent sans signes physiques (pneumonies sans signes stéthoscopiques de Cadet de Gassicourt).

D'une part, retenons donc ce fait, que chez l'enfant les signes physiques restent fréquemment silencieux pendant les premiers jours de la pneumonie. Mais, pendant tout ce laps de temps, l'enfant va-t-il rester insensible à une infection aussi profonde ? Ne va-t-il pas réagir par des signes fonctionnels évidents ? C'est en effet ce qui se passe et nous allons trouver ici quelques-unes des causes générales qui servent à expliquer les formes particulières de la pneumonie infantile. Une seule peut les résumer toutes. Tandis en effet que la pneumonie est encore centrale et qu'aucun signe d'auscultation ne vient la révéler au médecin, l'enfant soumis à l'infection pneumococcique, réagit à sa façon habituelle et se comporte comme à l'égard des autres maladies infectieuses. Cette réaction est toujours basée sur l'extrême susceptibilité de son système nerveux central vis-à-vis des agents infectieux et toxiques ; de là, la fréquence des vomissements qui apparaissent dans nombre de pyrexies de l'enfance. L'adulte au début de sa pneumonie ne vomit pas, l'enfant au contraire vomit d'une façon presque constante et cela s'explique aisément,

grâce au réflexe transmis par le pneumogastrique. La vive irritabilité nerveuse qui est toujours en réserve chez lui profitant de la moindre cause pour se déclencher. De là surtout la fréquence du syndrome méningé, soit dans sa forme atténuée, soit plus rarement dans sa forme intense et dramatique. Nous n'insisterons pas sur ce dernier point, il a été traité dans tous ses détails par René Monod (1) et Roger Voisin (2) dans ces dernières années.

Mais de ce court chapitre de pathogénie nous retiendrons ces deux faits : retard d'apparition des signes physiques. Fréquence des réactions fonctionnelles nerveuses au début des pneumonies infantiles : ils vont nous être d'un grand secours pour élucider les difficultés du diagnostic.

1. Les réactions méningées chez l'enfant, thèse de Paris, 1902.

2. Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire. Thèse de Paris, 1904.

V. — DIAGNOSTIC

Nous avons étudié longuement les formes anormales de la pneumonie chez l'enfant, et nous avons insisté sur les difficultés multiples qui en résultent.

Même en face d'un tableau clinique qui rappelle plutôt une dothiéntérie, une appendicite, une méningite, est-il possible de poser dès les premiers jours le diagnostic de pneumonie (1) ? Nous croyons que ce diagnostic est possible si le praticien a toujours présent à l'esprit ce principe : à savoir que chez tout enfant pris brusquement de fièvre, de vomissements, de dyspnée même légère, il faut penser à la pneumonie. Nous allons parcourir plus en détail les signes et les procédés qui doivent le guider pour dépister cette affection dès le début de son apparition.

Nous diviserons ce chapitre de la façon suivante :

1. Nous ne nous occupons pas ici du diagnostic différentiel de la pneumonie avec les autres affections de l'appareil respiratoire, pleurésie, broncho-pneumonie, tuberculose, etc... la question étant traitée dans tous les ouvrages classiques.

A. — *Procédés cliniques.*

- a) Diagnostic positif { 1. Signes principaux
2. Signes secondaires
b) Diagnostic différentiel

B. — *Procédés de laboratoire.*

A. — *Procédés cliniques.*

a). *Diagnostic positif.* — Avant de signaler les symptômes positifs de la pneumonie infantile, nous devons tout d'abord attirer l'attention du praticien sur l'absence presque constante de trois signes qui chez l'adulte facilitent grandement le diagnostic. Nous avons déjà suffisamment insisté pour n'y plus revenir sur l'absence des signes physiques pendant les premiers jours. Le frisson manque également très souvent, et nous avons vu que, chez les tout jeunes enfants il est souvent remplacé par des convulsions. Enfin les crachats sont exceptionnels chez l'enfant avant 9 ou 10 ans. [Il ne sait pas cracher et l'on n'a pas pour affirmer son diagnostic cette expectoration rouillée, si caractéristique de la pneu-

monie de l'adulte. Mais ce ne sont là en somme que des signes négatifs.

Examinons de plus près les principaux symptômes par lesquels se manifeste l'infection pneumococcique.

1° *Signes principaux.* — La brusquerie du début est un excellent signe de la pneumonie infantile, et il n'y a guère que la scarlatine qui présente un début aussi bruyant.

L'élévation marquée de la température, qui, dès le premier jour, atteint 39°5 à 40°, l'accélération du pouls qui oscille entre 130 à 160, sont encore assez caractéristiques du début de la pneumonie.

Enfin la dyspnée souvent marquée d'ailleurs chez les tout jeunes enfants complète cette triade symptomatique; cette dyspnée se mesure par 40 à 60 respirations à la minute.

Un autre signe de début a été signalé dans ces dernières années par M. Weil de Lyon (1). C'est le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du

1. *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1901. Pour le constater il suffit de découvrir le malade placé dans la position dorsale, d'attendre que l'agitation qui accompagne les premiers moments de l'examen soit passée, que la respiration soit régularisée pour apprécier la différence d'expansion des deux côtés. Il ne faut pas confondre le soulèvement par en haut de la clavicule avec l'expansion. En plaçant la face palmaire des doigts alternativement des deux côtés on voit très bien que du côté sain la main est surélevée comme par une vague, tandis que du côté malade la main est entraînée de bas en haut comme par un courant

côté malade, même, et surtout quand la pneumonie siège à la base. C'est un signe précoce qui se montre dès les premiers jours et qui ne se verrait que dans la pneumonie.

2^o *Signes secondaires.* — On peut compléter ces premiers renseignements par la recherche de quelques signes secondaires : ainsi la toux petite, sèche, souvent peu remarquée par les parents, ne manque presque jamais (Marfan). Le facies animé, vultueux, avec une rougeur sur l'une ou l'autre pommette ; le battement des ailes du nez. L'apparition d'un herpès labial, le point de côté, difficile à apprécier chez les tout jeunes enfants, où comme nous l'avons vu d'ailleurs il a très souvent un siège abdominal. Mais chez ceux qui sont un peu grands il est rare qu'il n'existe pas sous forme d'une douleur intercostale sous-mammaire. Enfin, en l'absence de tout signe physique bien net, il est rare que dès les premiers jours on ne constate pas en un point de la poitrine un foyer où la respiration est plus obscure.

b). *Diagnostic différentiel.* — A l'aide de ces renseignements et malgré l'absence des signes physiques le médecin peut-il éviter les erreurs du début ? Oui s'il analyse avec soin chacun de ces symptômes, et s'il ne se laisse pas entraîner par un signe plus ou moins bruyant ; le diagnostic du début de la pneumonie doit toujours être basé sur l'ensemble symptomatique, et non sur tel ou tel détail qui peut occuper le premier plan du tableau clinique pendant les premières heures. Il est rare que le diagnostic hésite

longtemps entre une angine simple, un embarras gastrique, ou même la grippe ; aussi nous occuperons-nous plus spécialement des quatre cas suivants où souvent le diagnostic reste en suspens.

1^o *Début des fièvres éruptives.* — C'est tout particulièrement avec la scarlatine, qui a un début aussi bruyant, marqué également, comme dans la pneumonie par des vomissements qu'une confusion est possible. L'examen de la bouche et des gencives fournit un bon signe différentiel (Comby) en montrant du côté de la muqueuse bucco-gingivale une rougeur manifeste avec gonflement et exsudat pultacé (enanthème). Bientôt d'ailleurs apparaît l'éruption caractéristique si différente des rash scarlatiniformes fugaces et rares du début de la pneumonie.

2^o *Début d'appendicite.* — Dans ce cas ce qui attire l'attention et risque de faire dévier le diagnostic c'est la douleur dans la fosse iliaque droite. Mais le point de Mac Burney n'est pas considéré aujourd'hui comme pathognomonique de l'appendicite. C'est une douleur abdominale réflexe qui peut être éveillée par une affection pulmonaire aussi bien que par l'appendicite. On sait d'ailleurs que ce point douloureux de Mac Burney n'est pas constant dans certaines circonstances (anomalies d'insertion, déviations résultant d'adhérences antérieures) pouvant faire varier le point maximum de la douleur. Pour éviter l'écueil (1), il faudra ne pas se laisser hypnotiser

1. Comby et Zielensky, *Archives de médecine des enfants*. Décembre 1902.

par le siège de la douleur, mais chercher si les autres symptômes coïncident bien avec ce dernier pour faire admettre l'appendicite. Or, en cas de pneumonie, s'il y a un point douloureux dans la fosse iliaque droite, voire même au point précis de Mac Burney, il n'y a pas de défense musculaire à ce niveau, il n'y a pas d'empâtement, de plastron d'induration profonde. La palpation douce et sur une large surface permet de déprimer assez la paroi abdominale pour mettre hors de cause l'appendice et le péritoine. On examinera également avec beaucoup de soin l'état général du malade : on recherchera le facies péritonéal, le nombre et la nature des vomissements, l'état du pouls et de la température, et leur dissociation possible. On conçoit toute l'importance pratique d'un pareil diagnostic, puisqu'il peut conduire, comme nous en avons rapporté quelques exemples, à faire une laparotomie chez un enfant en pleine période d'invasion d'une pneumonie centrale.

3^e *Début de fièvre typhoïde.* — C'est une des erreurs les plus souvent commises surtout dans les cas assez fréquents où il existe de la diarrhée au début de la pneumonie. « Si la fièvre typhoïde ne débutait jamais brusquement, et si la pneumonie ne débutait jamais avec une certaine lenteur, le mode de début donnerait à lui seul le diagnostic, mais il n'en est pas toujours ainsi. Pourtant il y a toujours dans la pneumonie un moment brutal, où la maladie s'accuse tout à coup par quelque phénomène violent. Aussi ne peut-on guère la confondre qu'avec une dothié-

néteric à début brusque. Or, à ma connaissance, celle-ci ne commence jamais par un frisson : si donc le frisson a marqué le début de la maladie, ce signe à lui seul doit nous mettre en défiance » (Cadet de Gassicourt). On recherchera de même le point de côté. On étudiera avec soin le tracé thermique, qui reste en plateau dans la pneumonie qui, dans la fièvre typhoïde a tendance dès le début à présenter des rémissions matinales. On verra plus loin les enseignements qu'on peut tirer des procédés de laboratoire, mais il est exceptionnel que dès le troisième ou le quatrième jour le diagnostic clinique ne soit pas solidement établi.

4° *Début de méningite.* — C'est l'erreur la plus fréquemment commise. Un médecin appelé auprès d'un enfant apprend qu'il a eu de la céphalée, des vomissements, de la constipation. Il l'examine et constate que cet enfant est plongé dans une somnolence et un abattement profond. Le moindre mouvement lui arrache des cris : la nuque est raide, le signe de Kernig évident. Comment n'accueillerait-il pas volontiers l'idée d'une méningite que lui suggère d'ailleurs une famille justement alarmée ? Mais, là encore, l'examen méthodique du malade peut éclairer le problème : la méningite tuberculeuse n'a pas pour elle ce début brusque, cette température élevée, le pouls vif mais régulier. L'évolution en est plus lente, plus trainante, avec des phénomènes de paralysie qu'on ne voit pas dans la pneumonie. Il n'en est plus de même dans la méningite aiguë cérébro-

spinale dont le début brusque, avec vomissements et température à 40°, peut simuler absolument l'invasion de la pneumonie. Aussi l'embarras du praticien est-il grand dans ces cas, et même s'il a porté le diagnostic de pneumonie ne peut-il s'empêcher de songer qu'il existe des méningites à pneumocoques compliquant la pneumonie. Que doit-il faire en présence de ces cas ? Tout d'abord il lui sera facile d'écarter l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse, en se basant principalement sur la température et les irrégularités du pouls ; en se rappelant la fréquence des réactions méningées chez l'enfant. S'il a un doute il doit profiter à celui-ci ; aussi demandera-t-il quelques jours pour se prononcer, et il est bien rare que vers le troisième ou le quatrième jour, les signes de la pneumonie ne se soient pas montrés. Il lui sera ordinairement beaucoup plus difficile d'éliminer l'hypothèse du début d'une méningite aiguë cérébro-spinale ; mais alors il ne doit pas hésiter à recourir à une méthode nouvelle qui est particulièrement facile et inoffensive chez l'enfant : la ponction lombaire et l'examen du liquide rachidien qui viendront lever tous les doutes. La technique est très simple et à la portée de tous (1) ; aussi facile qu'une fonction exploratrice de pleurésie : si l'on est à la campagne, on recueille le liquide aseptiquement et on l'envoie aussitôt au laboratoire d'une ville voisine. On peut

1. Voir thèses de Monod, Lutier, Roger Voisin.

de cette façon connaître le résultat de l'examen dans les 24 heures.

B. — *Procédés de laboratoire.*

Nous ne ferons que signaler l'examen du fond de l'œil à l'ophtalmoscope dans les cas de méningite tuberculeuse, l'examen radioscopique du poumon comme cela a été proposé dans les cas de pneumonie centrale, pour nous étendre plus longuement sur l'examen du sang et les résultats de la ponction lombaire.

1° *Examen du sang.*

Dans toute infection il y a une leucocytose considérable, une prédominance de la polynucléose ; au lieu de 6.000 globules blancs par millimètre cube on constate à l'hématimètre 12.000 et quelquefois jusqu'à 40.000 éléments blancs, et au lieu de 60 à 70 pour 100 de polynucléaires on en trouve 70 à 80 pour 100 : par contre il y a toujours dans ces cas une diminution du nombre des hématies. Ces faits s'observent aussi bien dans la pneumonie que dans la méningite aiguë et l'appendicite. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, cette hyperleucocytose n'existe

pas, il y a en même temps diminution du chiffre des globules blancs et des globules rouges.

Fibrine Diagnostic (Hayem). — Au cours de la recherche des divers éléments figurés du sang on peut observer une autre particularité. Dans le liquide de Hayem on constate des amas formés par ces hématies et des globules blancs englobés dans une sorte de stroma grenu. Ce sont les plaques phlegmasiques de Hayem. Mais ce caractère qui se voit dans le sang provenant d'une maladie à type phlegmasique (pneumonie, rhumatisme articulaire aigu) s'observe plus facilement encore à l'examen du sang frais sur lame sans dilution. En cas de pneumonie en effet ainsi que l'a montré M. Hayem, au moment de la coagulation il se forme un réticulum à fibrilles nombreuses et épaisses. Quand la préparation est faite, le moment où la coagulation se produit est variable; elle est parfois tardive, et il sera parfois utile d'attendre une demi-heure avant de se prononcer. C'est là un signe que M. Hayem considère comme caractéristique du sang dans la pneumonie.

Ensemencement. — L'ensemencement du sang peut dans les états infectieux à condition qu'il soit fait dans de bonnes conditions, et en particulier que les gouttes prélevées soient diluées dans une grande quantité de bouillon, démontrer l'existence de microbes spécifiques en circulation dans le sang. En particulier, dès le début de la fièvre typhoïde on peut souvent réussir à cultiver le bacille d'Eberth; dans certains cas de pneumonie on a pu également ense-

mencer le pneumocoque. Rappelons à ce propos que l'inoculation de la salive d'un malade atteint de pneumonie est virulente pour la souris qui meurt rapidement de pneumococcie.

La séro-réaction. — Est une méthode d'une valeur absolue et permet quand elle existe d'affirmer la nature éberthienne de l'infection. Mais elle est malheureusement souvent tardive et l'on ne peut par conséquent compter sur ce procédé d'investigation pour éclairer le diagnostic au début de la maladie.

2^o *Ponction lombaire.*

Elle fournit des renseignements extrêmement précieux et qui sont exposés dans tous leurs détails dans la thèse de Roger-Voisin (Recherches sur la diminution des chlorures, l'abaissement du point cryoscopique, la perméabilité des méninges, la présence de microbes).

Nous nous contenterons d'indiquer ici les indications cliniques les plus courantes qu'elle peut fournir.

1^o Liquide céphalo-rachidien, limpide, non albumineux ; aucun élément figuré après centrifugation : il faut éliminer toute idée de réaction méningée. Ce sont les cas décorés autrefois du nom de ménin-gisme.

2^o Liquide clair avec une leucocytose discrète (4 à 5 leucocytes par champ de microscope. C'est le premier degré de l'irritation méningée. Ce sont les ménin-

gites dites séreuses, toxiques et qui ordinairement guérissent ;

3° Liquide légèrement opalescent et albumineux, avec une leucocytose nette (leucocytes (1) et polynucléaires) dix éléments par champ de microscope. Le pronostic est plus sévère et cependant ces formes guérissent aussi ;

4° Enfin liquide franchement trouble, albumineux, avec un culot filamenteux verdâtre et une polynucléose franche avec éléments microbiens. Il y a une méningite franche aussi bien macroscopique que microscopique. Ce sont des cas presque toujours mortels.

1. La prédominance bien nette des lymphocytes indiquerait avec quasi certitude une méningite tuberculeuse mortelle.

OBSERVATIONS

Nous ne publions ici que des observations inédites, recueillies dans le service du D^r Guinon, à l'hôpital Trousseau; les observations dues à différents auteurs et se rapportant à notre sujet ont été décrites au fur et à mesure aux chapitres spéciaux de notre thèse.

OBSERVATION 1 (Inédite).

V... Fernande, 4 ans, entre à l'hôpital Trousseau, service de M. le D^r Guinon, le 13 juillet 1901. Enfant très agitée, intolérante, grognon, amaigrissement, ganglions tuberculeux du cou. Langue sale, légèrement desquamée. Pouls 168, température 40°. R. 54.

A l'auscultation, respiration soufflante dans tout le poumon. Le 15 juillet, état général grave, agitation, insomnie. La pression des globes oculaires est douloureuse. Pouls 152. R. 52. Température 40. A l'auscultation, submatité à droite sous la clavicule, pas de râles ni de souffle. On porte le diagnostic d'état infectieux grave, dépendant d'une granulie, ou peut-être d'une pneumonie. Cet état persiste les jours suivants. C'est au

septième jour seulement qu'on perçoit dans l'aisselle un souffle nettement pneumonique suivi de l'apparition de râles crépitants fins le lendemain. Le surlendemain neuvième jour, l'enfant fait une défervescence typique et sort guéri quelques jours plus tard.

OBSERVATION II (Inédite).

Fr.. Eugène, 8 ans, entre à l'hôpital Trousseau, le 21 mai 1901, dans le service de M. le Dr Guinon, parce qu'il a des maux de tête, des douleurs de ventre, et des vomissements. Il a passé une nuit très agitée, perte de connaissance en arrivant à l'hôpital.

A l'examen de l'enfant on trouve les amygdales augmentées de volume, la gorge est très rouge. Rien à l'auscultation des poumons, température 39°8.

Cet état persiste trois jours avec une température aux environs de 39° ; c'est le 24 mai seulement qu'apparaît vers la pointe de l'omoplate droite un souffle tubaire très net : poussée d'herpès labial.

Défervescence le 26 mai : sort guéri.

OBSERVATION II (Inédite).

B.. Jules, 4 ans, entre dans le service du Dr Guinon, le 2 novembre 1901 parce qu'il a été pris la veille de frisson et

de vomissements : il tousse un peu. Le soir même il est pris de mouvements choréiques généralisés. L'enfant se plaint de mal de tête.

Ponction lombaire 2 cent. 1/2 : pas de dépôt, pas d'éléments figurés.

Le 3 novembre. — L'enfant se plaint toujours de la tête et localise sa douleur à la région occipitale. Les mouvements choréiques ont disparu. Ebauche du signe de Kernig des deux côtés. Constipation, ventre rétracté, trois vomissements dans la journée. Rien à l'examen de la gorge et des poumons.

Le 4 novembre seulement apparition d'un souffle pneumonique au sommet droit. Les signes de la pneumonie se précisent les jours suivants. Défervescence le 8 novembre. Sort guéri cinq jours plus tard.

OBSERVATION IV

Publiée par M. le Dr Guinon à la Société de Pédiatrie le
12 mars 1901.

Enfant de 13 ans 1/2, entrée à l'hôpital Trousseau (salle Triboulet, no 8) le 16 février, avec une température de 39° 5, malade depuis 8 jours environ, ayant eu de la céphalée, de la fièvre, de la douleur au côté droit de la poitrine.

Le 17, elle était rouge, le facies un peu anxieux, les yeux un peu excavés, sans dyspnée, toussant très peu. Elle se plaignait d'une douleur dans le ventre à droite. On la provoquait d'ailleurs

en comprimant le flanc droit et la fosse iliaque et plus particulièrement la région de Mac Burney. En présence de ce syndrome mes élèves, d'ailleurs très exercés, crurent qu'il pouvait exister là une appendicite; mais ce n'était qu'une apparence car, si au lieu de presser brusquement, et d'un seul côté, on déprimait lentement la paroi abdominale avec toute la largeur de la main, on ne provoquait plus de douleur et on ne rencontrait pas de défense musculaire. Toutefois, comme l'auscultation ne révélait rien, je fis quelques réserves. Ce n'est que le 18 février, le lendemain, que je trouvai au sommet droit en arrière une respiration légèrement soufflante et surtout sous la clavicule un son skodique qui me fit penser à une pneumonie droite. Cependant la douleur persistait dans la fosse iliaque droite sans empatement, sans réaction musculaire nette; le 19 février le skodisme disparaissait; on constatait sous la clavicule quelques râles sous-crépitants; mais comme la pneumonie n'apparaissait pas et que le point abdominal existait encore, on se demandait si l'appendice n'était pas en cause. Ce qui troublait encore l'appréciation des choses c'était un aspect spécial des yeux, excavés, entourés d'un cercle bleuâtre. J'appris depuis que c'était un caractère particulier de la physionomie de cette malade. D'ailleurs, ce même jour, la température tombait de 40° à 37°6. Le lendemain, le neuvième jour de la maladie, toute douleur avait disparu du ventre et en même temps les signes de la pneumonie apparaissaient sous forme d'une respiration très soufflante dans la fosse sous-épineuse droite, de râles sous-crépitants à la base et d'une sonorité tympanique avec râles crépitants au sommet droit en avant. Chose curieuse, alors que tout allait bien depuis huit jours, le premier mars, je constatai une élévation de température, en même temps que des

râles crépitants dans le poumon droit et cette fois avec un point douloureux de poitrine à droite. D'ailleurs cette poussée nouvelle beaucoup moins importante que la première disparaissait en deux jours sans laisser aucune trace. Je dois ajouter que l'intestin avait été tout le temps silencieux et que je n'ai observé aucun signe de colite.

OBSERVATION V (Inédite)

R... Antoinette, 5 ans, entre le 8 octobre 1902, dans le service du Dr Guinon. Elle est malade depuis trois jours, fièvre, vomissements, point de côté à droite.

Langue sale, un peu de gargouillement et une légère douleur à la pression dans la fosse iliaque droite : la rate ne semble pas augmentée de volume. Pouls régulier, à 121, température 40°8. Pas de taches rosées. Pas d'albumine dans les urines.

Le 9 et le 10 octobre, état stationnaire. Température 39° à 40°. Pas de taches rosées, le ventre n'est plus douloureux. Quelques râles disséminés dans les deux poumons.

C'est le 11 octobre, seulement, le jour même où commence la défervescence, qu'apparaît un souffle tubaire et des râles crépitants au sommet droit. La défervescence se complète le lendemain. L'enfant est guérie le 15 octobre.

OBSERVATION VI (Inédite).

P... Valentine, 6 ans, entre le 25 juin dans le service du D^r Guignon parce qu'elle a de la fièvre et des douleurs abdominales depuis deux jours : elle a vomi plusieurs fois.

Langue saburrale un peu rouge à la pointe ; la gorge est rouge. Nombreuses vésicules d'herpès péri-labiales, température 39, pouls 140, signe de Kernig. Rien à l'auscultation.

Le 26. — Etat stationnaire. Epistaxis, deux vomissements.

Le 27. — Souffle tubaire au sommet gauche.

Le 29. — Défervescence. L'enfant sort guérie le 6 juillet 1902.

OBSERVATION VII (Inédite).

L... Louis, 14 ans, entre le 25 novembre 1902 dans le service du D^r Guignon. Est amené dans un état grave, température 40°, est malade depuis cinq jours (fièvre, vomissements).

Le 26. — Température 40°. Pouls 124. Langue très saburrale : est cyanosé. L'auscultation ne révèle qu'une respiration un peu affaiblie à droite avec un léger skodisme sous la clavicule du même côté.

Le 27. — Etat général mauvais. Température 40° 6, pouls 128. Délire et agitation très marquée.

Le 28. — Température 40° 6, pouls 148. Taches purpuriques sur le ventre, érythème papuleux sur les membres.

Raideur du cou et de la nuque.

Mort le 29 novembre à 7 heures du matin.

L'autopsie montre une pneumonie gauche. Les méninges et le tube digestif sont intacts.

OBSERVATION VIII (Inédite).

V... Roger, 4 ans, entre le 27 mai dans le service du D^r Guinon parce qu'il est souffrant depuis quatre jours. Vomissements fréquents, alimentaires et bilieux, constipation, céphalalgie frontale.

A son entrée se plaint constamment et uniquement de la tête et paraît très abattu. Température 40°. Pouls 144. Peau brûlante et sèche ; langue blanche un peu rouge à la pointe. Ventre tendu, pas de taches rosées.

Il existe un peu de Kernig. Réflexes normaux. Rien à l'auscultation des poumons.

Le 28 mai. — Température 40°. Pouls fréquent, régulier, 120. Le Kernig est très net, raie vaso-motrice évidente.

Le 29. — Apparition d'un souffle tubaire dans la région interscapulaire. La défervescence se fait le 1^{er} juin. Le signe de Kernig persiste d'une façon très manifeste jusqu'au 3 juin.

Enfant parti, guéri le 7 juin.

OBSERVATION IX (Inédite).

J... Abel, 14 ans, entre dans le service du D^r Guinon le 24 mai 1902 parce qu'il est malade depuis deux jours. Fièvre, vomissements, constipation, céphalée, épistaxis fréquentes depuis huit jours.

A son entrée l'aspect général est bon. L'enfant se plaint de céphalée, de douleurs diffuses dans les membres inférieurs et la région lombaire. Température 39. Gargouillements dans la fosse iliaque droite.

On pense à un début de fièvre typhoïde : l'état reste sensiblement le même le lendemain. Rien à l'auscultation des poumons. C'est le 26 mai seulement, jour de la défervescence, qu'on peut poser le diagnostic de pneumonie basé sur l'apparition des signes physiques. Sort guéri le 19 mai.

OBSERVATION X (Inédite).

P... Mathilde, 12 ans, entre le 19 février 1903 dans le service du D^r Guinon : malade depuis quatre jours. Fièvre, vomissements, diarrhée jaune, épistaxis. Délire la nuit ; se plaint de la tête. Rien à l'auscultation des poumons. Le 20 février, enfant très abattue. Température 40, pouls 120, langue très sèche. Pas de tache rosées : gargouillement dans la fosse iliaque droite. Rate grosse. On pense à un début de fièvre typhoïde. C'est le

lendemain seulement, jour de la défervescence, qu'apparaissent les signes physiques d'une pneumonie droite,

OBSERVATION XI

R... Henri, 12 ans, entre le 6 mai 1904 dans le service du Dr Guinon : malade depuis trois jours, fièvre, constipation, vomissements, céphalalgie.

A son entrée, enfant abattu, couché en chien de fusil, grognon, raideur de la nuque et signe de Kernig manifeste. Température 39°8, pouls 124. L'enfant pousse fréquemment un cri plaintif et bref. Dyspnée légère. Rien d'appréciable à l'auscultation des poumons. Le lendemain même état cérébral. Une ponction lombaire donne issue à 8 cm 9 de liquide céphalo-rachidien limpide, centrifugé il ne donne aucun dépôt ; pas d'éléments figurés à l'examen.

C'est le troisième jour seulement de son entrée à l'hôpital qu'on commence à percevoir dans l'aisselle droite un souffle encore lointain, ce souffle se complète le lendemain, jour de la défervescence, par l'apparition de râles crépitants fins. Les signes cérébraux cèdent peu à peu, et l'enfant sort guéri le 14 mai.

OBSERVATION XII

V... Marcel, 12 ans, entre le 14 mai 1904 dans le service de M. le Dr Guinon. Il souffre de sa gorge depuis 4 jours, a eu des

vomissements et tousses. A son entrée, enfant très abattu et somnolent. L'examen de la gorge révèle des amygdales augmentées de volume et on découvre à leur niveau et sur la paroi postérieure du pharynx, un exsudat blanchâtre rappelant l'aspect des végétations du muguet. L'enfant se plaint de souffrir de l'oreille (il a eu dans son enfance une otorrhée double). La pression de la mastoïde du côté droit éveille une douleur très vive. Rien à l'auscultation du poumon.

En présence de ces symptômes on se croit en présence d'une angine simple ayant retenti sur l'oreille moyenne, et l'on met l'état général si abattu et la température élevée (40°) sur le compte d'une mastoïdite au début.

Le lendemain l'enfant est dans le même état, il a eu du délire la nuit. Très somnolent, abattu : subictère. La mastoïde toujours très douloureuse à droite. L'angine persiste avec le même aspect.

Le 16 mai seulement apparition d'un souffle doux et lointain au niveau de la pointe de l'omoplate droite qui se complète le lendemain par tous les signes d'un foyer typique de pneumonie. La défervescence commençait le même jour et s'achevait le lendemain.

L'exsudat blanchâtre de la gorge a persisté deux jours après cette défervescence. L'examen bactériologique pratiqué par le chef de laboratoire de l'hôpital Trousseau a permis d'isoler le pneumocoque.

CONCLUSIONS

1^o Le diagnostic de la pneumonie infantile est souvent rendu difficile au début par le retard d'apparition des signes physiques d'une part, et d'autre part, par les réactions spéciales que les enfants présentent vis-à-vis des infections en général.

2^o Pendant les premiers jours, en effet, la pneumonie peut être marquée par des symptômes d'angine, de fièvre éruptive, d'embarras gastrique, de grippe, de fièvre typhoïde, d'appendicite, et surtout par un syndrome méningé parfois très intense.

3^o Le diagnostic devra se baser principalement sur la brusquerie du début ; l'élévation de la température et du pouls, la dyspnée et le signe de Weil.

4^o Il sera parfois utile de contrôler ces signes par des procédés de laboratoire et en particulier par le séro-diagnostic, la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Vu : le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et GRENET. — Méningite pneumococcique terminée par la guérison. Soc. méd. des hôpitaux, novembre 1902.
- ACHARD et LAUBRY. — Méningite à pneumocoque. Gazette hebdomad., 3 avril 1902.
- BAGINSKI. — Traité des maladies de l'enfance.
- BARTH. — Article pneumonie du Dictionnaire Dechambre.
- BERGE. — Pseudoméningite pneumonique. — Examen bactériologique négatif. Soc. Anat., 1893.
- BOULAY. — Affections à pneumocoques. Thèse de Paris, 1891.
- P. BLASI. — Congrès de Rome 1892.
- BARNARD. — In Lance, 2 août 1892.
- CHAUFFARD. — Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales. Soc. méd. des hôpitaux, 1901.
- CONCETTI. — La Pediatria, mai 1899.
- CADET de GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance.
- COMBY et ZIELINSKI. — Pneumonie simulant l'appendicite, Archives de médecine des enfants, décembre 1902.
- DUPRÉ. — Le méningisme. Rapport au congrès de Lyon, 1894.
- D'ESPINE ET PICOT. — Maladies de l'enfance.
- D'ESPINE. — Revue de médecine, 1887.

DURBÉCÉ. — Contribution à l'étude de la pneumonie infantile.
Thèse de Paris, 1901.

DEBOVE. — Sur la pneumonie. Tribune médicale, 1903.

GALLIARD. — Méningite à pneumocoques. Soc. méd. des hôpitaux, 1898.

GROSSET. — Pneumococcie méningée. Semaine médicale, 1894.

GUINON. — Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës, et les erreurs de diagnostic qu'il peut causer, mars 1901.

GRISOLLE. — Traité de la pneumonie.

HUTINEL. — Des méningites à pneumocoques et des symptômes méningitiques dans les pneumonies. Semaine médicale, 1892.

— Article méningite dans le Traité de Brouardel et Gilbert.

— Les méningites non suppurées. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, avril 1902.

IMMERMANN et HELLER. — Pneumonie et méningite. Deutsche Archiv. für klin. med., 1869.

LAMOUREUX. — Le méningisme, thèse de Paris, 1903.

LEVI CHARLES. — De la méningite séreuse due au pneumocoque. Archives de méd. expérimentale, 1897.

MACÉ. — Etude sur les érythèmes pneumoniques, thèse de Paris, 1896.

MARFAN. — Semaine médicale, 1900. Formes communes de la pneumonie infantile.

JOHN LOWETT-MORSE. — Annals of gyn. and Pediatrics, in Archives de médecine des enfants, 1899.

MONOD. — Réactions méningées chez l'enfant, 1902, thèse de Paris.

NETTER. — Méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie. Archives générales de médecine, mars et avril 1887.

PALIER. — Formes atypiques de la pneumonie infantile. The New-York medical journal, 1899.

CH. PAUMELLE. — Thèse de Paris 1896. Le pouls dans la pneumonie infantile.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité des maladies de l'enfance.

SEVESTRE. — Méningite à pneumocoque terminée par la guérison. Soc. méd. des hôpitaux, 1898.

ROGER VOISIN. — Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire, thèse de Paris 1904.

WEIL. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1901.